

## P3-20

### 国際医療救援を目指す看護師のための小児領域別研修計画書の目標立案の傾向

葛飾赤十字産院 看護部<sup>1)</sup>、名古屋第二赤十字病院 国際医療救援部<sup>2)</sup>

○椎名 翔子<sup>1)</sup>、徳永 磨紀<sup>2)</sup>、佐藤友香理<sup>2)</sup>、菅原 直子<sup>2)</sup>、  
関塚 美穂<sup>2)</sup>

【はじめに】A病院では国際医療救援に従事する看護職を育成するための臨床研修を行っている。研修参加者は各々で領域別臨床研修計画書(以下、研修計画)を立案し、1～3年間で複数の部署を数か月ごとにローテーションしながら臨床経験を積み、国際医療救援に必要な臨床実践能力を養っている。各研修参加者により作成された研修計画は類似点が多いと感じられていたが検証したことはなかったため、今後研修計画を標準化することも想定し検証してみることにした。【方法】過去に作成された研修計画の検討による記述的研究。対象は過去5年間に立案された小児領域の研修計画の研修目標内容122のコードから22のサブカテゴリーを抽出、「小児看護の基礎的な知識・技術」「特殊な環境下にある小児の看護」「日本と世界の小児看護の現状理解」「チームメンバーとしての役割遂行」「自己管理」の5つのカテゴリーに分類された。【考察】5つのカテゴリーに分類された研修目標は、領域別研修全体と小児領域の研修目標を網羅しており妥当な内容といえる。「小児看護の基礎的な知識・技術」では予防接種を含む外来看護に関する内容の充実が必要であることが分かった。現在小児領域研修は病棟で行われているが、今後外来での研修を検討してもよいだろう。また研修目標に盛り込むことが望ましい項目は、「特殊な環境下にある小児の看護」では災害時看護やこの種のケアに関する内容、「日本と世界の小児看護の現状理解」では日本と世界の母子保健の現状や政策の動向に関する内容であった。

## P3-22

### フィリピン保健医療支援事業の組織形成－タックマンモデル分析の活用－

名古屋第二赤十字病院 国際医療救援部

○村上 美晴、菅原 直子、関塚 美穂

【はじめに】事業活動の実施過程で、チームメンバーの組織形成は事業の展開と結果に影響を及ぼすと考えられる。フィリピン保健医療支援事業の現場では、チームメンバーの交代が頻回に発生していたため、タックマンモデルを使用しチームメンバーの組織形成を分析、対策立案・実施したので報告する。【活動および結果】筆者が同事業の日赤保健要員研修生として派遣された際、4名で構成される予定のチームメンバーは筆者を含めて2名であった。事業期間3年半で、同一職種でのメンバー交代が3～4回あり、受益者から「またメンバーが変わった」との発言も聞かれ、メンバー交代が事業活動に影響を及ぼしていると考えられる状況であった。上記状況の中、筆者の派遣2か月後にはチームメンバー4名全員が揃ったため、タックマンモデルの組織形成4つのステージの各段階におけるチームの問題や状況を抽出し、対策立案・実施した。筆者の6か月間の派遣期間中にチームがタックマンモデルの統一期と機能期を経るまでには至らなかった。しかし、形成期と混乱期において、メンバーの役割を明確にするために、メンバー間でメンバー全員の職務内容を共有した。また、チームメンバーで話し合いの場を設けることでコミュニケーションを強化し、可能な限りメンバー間で時間を共有する努力を実施することができた。【結語】事業活動を実施するにあたり、受益者のことを第一に考えることは重要であるが、実施者であるチームメンバーのことを考えることも重要である。チームの組織形成について考えることが、最終的には受益者や事業の展開に影響してくると思われるからである。今回の活動を通してチームの組織形成における要員の関わり方について学んだため、今後も組織形成について考えながら活動していきたいと思う。

## P3-24

### 当院における終夜睡眠ポリグラフフィー検査導入の取り組み

庄原赤十字病院 医療技術部 生理検査技術課

○瀬戸 学、小林 優里、日笠可奈子、近藤麻衣子

【はじめに】2017年5月よりスリーププロファイラー睡眠検査システムでの終夜睡眠ポリグラフフィー(PSG)検査を導入した。約1年の運用と経過など取り組みについて報告する。【検査機器】スリーププロファイラー、スマートウォッチPMP-300 EX(スリーププロファイラー睡眠検査システム) パシフィック メディコ(株)【PSG検査概要と運用】PSG検査は、通常入院し、検査室にて検査技師や看護師、監視管理のもと検査を行う施設が多いが、スリーププロファイラーは、装着が簡便で、患者自身が自宅にて装着することも可能な機器である。そのため自宅での検査を希望された場合は、外来診察後、検査室へ来て頂き、装着の練習をし、自宅にて検査を行っていたが、翌日持参して頂いた。入院での検査を希望された患者さんや入院中の患者さんの場合は、16:30頃、病室にて腹部と頭へセンサーを装着し、寝る前に本人もしくは、看護師にて鼻センサー等を装着し、翌朝、病室にて回収した。【経過】2017年5月～2018年5月までの件数は、自宅検査8件、入院検査12件の計20件であった。無呼吸低呼吸指数(AHI)20以上が14件、そのうちCPAP導入7件、ASV導入5件であった。【利点】院内にてPSG検査を導入することにより、睡眠時無呼吸症候群の迅速な診断・治療につながった。看護師や装着する技師の負担も少なく、スムーズに導入できた。機器はレンタル、検査解析も業者へ委託し、検査用個室の整備の初期投資も必要なかった。【結語】中規模病院は、PSG検査をする技師が1晩中モニタリング、波形解析等を行うのは、負担が大きく、導入コスト等の様々な要因により、PSGの導入が困難であった。しかし、今回非常に簡便な機器を導入したことで病院、技師、看護師、患者の負担を軽減できた。

## P3-21

### バングラデシュ南部避難民支援に必要な初派遣看護師の知識と技術

名古屋第二赤十字病院 国際医療救援部

○徳永 磨紀、菅原 直子、関塚 美穂

【はじめに】看護師が初派遣前に実際の現場を想像することは難しく必要な看護技術を明確にして修得しておくことは容易ではない。今回、筆者の初派遣の経験から、避難民キャンプ地に設置された仮設診療所で必要とされた知識と技術を明らかにし、今後初派遣を目指す要員の事前準備、課題を提供することを目的とした。【方法】筆者の活動を振り返り、対応した疾患、看護処置、教育活動などをリスト化の後、カテゴリー化し、初派遣者が習得しておくべき看護技術について明らかにした。【結果】1.現地で対応した疾患：呼吸器疾患、皮膚疾患、下痢症、感染症、外傷、不定愁訴など。2.実施した看護処置：点滴・注射・採血、切開排膿・小手術介助、洗浄・創傷処置、ギプス固定介助、小児看護など。3.患者・家族への指導：内服指導、疥癬患者への軟膏塗布の指導、手洗い指導など。4.その他：現地ボランティアと新卒看護師への教育、日々の診療の準備・片付け、後方搬送の調整、在庫管理など。これらの経験を通し、筆者が初派遣者として必要と感じた看護師としての知識と技術には、普段の病院勤務で得られる技術と病院勤務以外での学習が必要なものがあることが明らかとなった。【考察】上記の1.2.3の内容は、日本で修得できるものが多いが、現在の日本の病院であまり接することがない感染症や石膏ギプスなどの知識は病院内の研修などに参加し深めておく必要がある。また、4は、日本における学生指導、新人教育、リーダー業務などを積極的に行うことで身につけられるものが多い。要員を目指している数年間の病院勤務で得られる様々な経験こそが国際救援の現場でも必要である。

## P3-23

### 当院における聴覚スクリーニング検査法の検討

葛飾赤十字産院 医療技術部<sup>1)</sup>、小児科<sup>2)</sup>

○佐藤三恵子<sup>1)</sup>、佐々木あやか<sup>1)</sup>、坂上 桃子<sup>1)</sup>、森田 裕子<sup>1)</sup>、  
熊坂 栄<sup>2)</sup>

【目的】当院NICUにおける聴覚スクリーニング検査は、難聴の高リスク児に対し聴性脳幹反応(ABR)を行い、それ以外の児に対しては誘発耳音響放射(TEOAE)を用いてスクリーニングを行っていた。2017年よりNICUに入院した全児に自動聴性脳幹反応(AABR)を実施することに変更、今回、これに伴う有病率の変化を検討したので報告する。【方法】2015年1月から2017年12月までの3年間に当院NICUに入院し聴覚スクリーニング検査を実施した1268件について後方視的に検討した。機器はTEOAEにecho-screenII(日本光電)を、AABRにecho-screenIIIを使用した。2016年以前を前期群とし、在胎週数30週未満、出生体重1500g未満、新生児仮死や低酸素血症の既往、外表面形を認める児を難聴の高リスク児としてABRを行い、それ以外の児に対しTEOAEを行った。ABRは40dB以上でV波分離不良の場合に異常と判定した。2017年以降を後期群とし、NICUに入院した全児に対しAABRを行った。検査は、NICU入院中、授乳後自然睡眠下にて実施し、TEOAEまたはAABRの結果がreferの場合はABRを含む各種検査を行い難聴の有無を診断した。【結果】前期群では、511名にTEOAEを実施し、referが12件(2.3%)であったが、難聴と診断された症例はいなかった。また、高リスク児298名にABRを実施し、最終的に難聴と診断された児は8例、全89例に対し、有病率1.0%であった。後期群は、459名にAABRを実施、referが9名(2.0%)で、このうち難聴と診断された児は3名、有病率0.7%であった。陽性率は、TEOAE8.3%、AABR37.5%であった。【考察】AABRは、ABRに比べて簡易に検査することができ、また、今回の検討で、AABRのみでのスクリーニングに変更しても有病率に大きな変化を認めなかったことから、検査法としての有用性が示された。

## P3-25

### 計測方法の違いによる左室心筋重量

芳賀赤十字病院 臨床検査課

○石川 愛久、菊池 豊

【目的】左室心筋重量(LVmass)をMモード心エコー法(以下Mモード)、断層心エコー法(以下2D)、4次元心エコー法(以下4D)での計測値を比較検討すること。【方法】対象は当院小児科外来で心エコー検査を行った連続48例。GE社製超音波装置VividE95を用いてMモード、2D、4Dによる左室心筋重量の計測を行った。Mモード、2Dには6D-D、4Dには4V-Dプロップを用いた。同一患者における左室心筋重量をMモード、2D、4Dの異なる計測方法でそれぞれ算出し、体表面積で補正した値を比較検討した。統計解析には対応のある一元配置分散分析を用いた。それぞれの計算式を以下に示す。Mモード：Devereuxの式、LVmass=0.8 [1.04 {(心室中隔壁厚+左室拡張末期径+左室後壁厚) 3- (左室拡張末期径) 3}] +0.6。2D：area-length法、LVmass=1.05{ [5/6A1 (a+d+t)] - [ 5/6A2 (a+d)] }。4D：超音波装置内臓の計算ソフトでの自動計測【成績】有効な4D検査が施行できた28名を検討した。年齢は3ヶ月～17歳で、男女比は男17名、女11名であった。左室心筋重量は以下の通り。Mモード 55.2±12.6g/M<sup>2</sup>、2D 52.6±13.1g/M<sup>2</sup>、4D 65.0±46.2g/M<sup>2</sup>であった。4Dにおいて他の2法に比べ計測値が大きく、算出され計測値にばらつきが認められたが、3群に有意差は認めなかった。【結論】左室心筋重量の計測において、Mモード、2D、4Dのどの計測方法を用いても有意な差は認められなかったため、左室心筋重量の評価はどの手法を用いても問題ない。しかし、4Dにおいて計測できなかった症例が48例中20例認め、さらに計測値にばらつきが認められた。4Dは直接心筋の体積を測定できる反面、他の2法に比べ算出に必要な断層像を描出するのに苦慮する面があり、検査者の熟練を要す。更に、体格の小さい乳幼児では計測できない症例を多く認めた。